



Patient-ID: RO - _ _ _ _ - _ _ _ _

EORTC QLQ-C30 (version 3)

Data:

Ne interesează anumite aspecte despre dvs. și sănătatea dvs. Vă rugăm să răspundeți personal la toate întrebările, selectând numărul care vi se potrivește cel mai bine. Nu există răspunsuri de tipul „corect” sau „greșit”. Informațiile pe care le furnizați vor rămâne strict confidențiale.

	Deloc	Puțin	Destul de mult	Foarte mult
1. Depuneți efort în activitățile mai dificile, cum ar fi căratul unei sacoșe grele de cumpărături, sau al unei valize?	1	2	3	4
2. Depuneți efort în a face o plimbare <u>lungă</u> ?	1	2	3	4
3. Depuneți efort în a face o <u>scurtă</u> plimbare în afara casei?	1	2	3	4
4. Sunteți nevoit(ă) să stați în pat sau pe scaun în timpul zilei?	1	2	3	4
5. Aveți nevoie să fiți ajutat(ă) când mâncați, vă îmbrăcați, vă spălați, sau folosiți toaleta?	1	2	3	4

În cursul săptămânii trecute:

	Deloc	Puțin	Destul de mult	Foarte mult
6. Starea dvs de sănătate v-a limitat capacitatea de a vă realiza activitățile profesionale sau alte activități zilnice?	1	2	3	4
7. Starea dvs de sănătate v-a limitat capacitatea de a vă ocupa de pasiunile dvs. sau alte activități din timpul liber?	1	2	3	4
8. Ați avut probleme cu respirația?	1	2	3	4
9. Ați avut dureri?	1	2	3	4
10. Ați fost nevoit(ă) să vă odihniți?	1	2	3	4
11. Ați avut necazuri cu somnul?	1	2	3	4
12. V-ați simțit slăbit(ă)?	1	2	3	4
13. Ați fost lipsit(ă) de poftă de mâncare?	1	2	3	4
14. Ați avut senzație de greutate?	1	2	3	4
15. Ați vomat?	1	2	3	4
16. Ați fost constipat(ă)?	1	2	3	4

Vă rugăm continuați pe pagina următoare.

În cursul săptămânii trecute:

	Deloc	Puțin	Destul de mult	Foarte mult
17. Ați avut diaree?	1	2	3	4
18. Ați fost obosit(ă)?	1	2	3	4
19. A interferat durerea cu activitățile dvs. zilnice?	1	2	3	4
20. Ați avut dificultăți în a vă concentra asupra unor lucruri, cum ar fi cititul ziarului sau viziunea televizorului?	1	2	3	4
21. V-ați simțit încordat(ă)?	1	2	3	4
22. V-ați făcut griji?	1	2	3	4
23. V-ați simțit irascibil(ă)?	1	2	3	4
24. Ați fost deprimat(ă)?	1	2	3	4
25. Ați avut dificultăți în a vă aminti unele lucruri?	1	2	3	4
26. Starea dvs. fizică sau tratamentul medical pe care îl urmați a interferat cu viața dvs. de <u>familie</u> ?	1	2	3	4
27. Starea dvs. fizică sau tratamentul medical pe care îl urmați a interferat cu activitățile dvs. <u>sociale</u> ?	1	2	3	4
28. Starea dvs. fizică sau tratamentul medical pe care îl urmați v-a creat greutăți financiare?	1	2	3	4

Pentru următoarele întrebări, vă rugăm să încercuiți numărul de la 1 la 7 care vi se potrivește cel mai bine

29. Cum ați evalua starea dvs. generală de sănătate în cursul săptămânii trecute?

1 2 3 4 5 6 7

Foarte proastă

Excelentă

30. Cum ați evalua calitatea generală a vieții dvs. în cursul săptămânii trecute?

1 2 3 4 5 6 7

Foarte proastă

Excelentă



Patient-ID: RO - ____ - ____

EORTC QLQ - BR23

Data:

Uneori, pacienții semnalează apariția următoarelor probleme sau simptome. Vă rugăm să indicați gradul în care ați prezentat aceste simptome sau probleme săptămâna trecută.

În cursul săptămânii trecute:

	Deloc	Puțin	Destul de mult	Foarte mult
31. Ați avut senzația de uscăciune a gurii?	1	2	3	4
32. Alimentele și băuturile au avut alt gust decât de obicei?	1	2	3	4
33. Ați avut dureri, iritații sau lăcrimări ale ochilor?	1	2	3	4
34. V-a căzut părul?	1	2	3	4
35. Răspundeți la această întrebare numai dacă v-a căzut părul: v-a afectat căderea părului?	1	2	3	4
36. V-ați simțit rău sau indispusă?	1	2	3	4
37. Ați avut bufeuri de căldură?	1	2	3	4
38. Ați avut dureri de cap?	1	2	3	4
39. V-ați simțit mai puțin atrăgătoare ca urmare a bolii sau a tratamentului?	1	2	3	4
40. V-ați simțit mai puțin feminină ca urmare a bolii sau a tratamentului?	1	2	3	4
41. V-a fost greu să vă vedeți dezbrăcată?	1	2	3	4
42. V-a nemulțumit aspectul corpului dumneavoastră?	1	2	3	4
43. V-ați făcut griji pentru sănătatea dumneavoastră în viitor?	1	2	3	4

În ultimele patru săptămâni:

	Deloc	Puțin	Destul de mult	Foarte mult
44. În ce măsură ați fost interesată de sex?	1	2	3	4
45. În ce măsură ați fost activă sexual? (cu sau fără raport sexual)	1	2	3	4
46. Răspundeți la această întrebare numai dacă ați fost activă sexual: în ce măsură actul sexual a fost plăcut?	1	2	3	4

Vă rugăm să treceți la pagina următoare

În cursul săptămânii trecute:

	Deloc	Puțin	Destul de mult	Foarte mult
47. V-a durut brațul sau umărul?	1	2	3	4
48. Vi s-a umflat brațul sau mâna?	1	2	3	4
49. V-a fost greu să ridicați brațul sau să îl deplasați în lateral?	1	2	3	4
50. Ați avut dureri în zona sânelui afectat?	1	2	3	4
51. Zona sânelui afectat s-a umflat?	1	2	3	4
52. Zona sânelui afectat a fost foarte sensibilă?	1	2	3	4
53. Ați avut afecțiuni cutanate pe sau în zona sânelui afectat (de exemplu: mâncărimi, uscăciune, vi s-a dus pielea)?	1	2	3	4

FUNȚIONAREA DUPĂ TRATAMENTUL CANCERULUI MAMAR - CHESTIONAR Lymph-ICF-UL

Patient-ID: RO - ____ - ____

Data completării: _____

După tratamentul cancerului mamar, disconfortul brațului vă poate afecta atât fizic, cât și mental.

Acest chestionar conține 29 de întrebări și se bazează pe informațiile furnizate de către pacienții care au fost supuși acestui tratament.

Lângă fiecare întrebare există o scară numerotată de la 0 la 10. La capetele fiecărei scări se află cuvintele „Foarte” și „Deloc”. Vă rugăm să marcați pe fiecare scară numărul care vi se potrivește cel mai bine. Marcajul indică gradul de disconfort sau de afectare a posibilității exercitării unor activități. Bifați cercul din extrema dreaptă dacă vreo activitate nu este relevantă pentru dumneavoastră.

Vă rugăm să indicați cum v-ați simțit **în ultimele două săptămâni** și să nu lăsați nicio întrebare necompletată.

Exprimați-vă propria opinie și nu discutați cu nimeni din jurul dvs.

Durerea, sensibilitatea, funcția sistemului imunitar și funcția de mișcare

În ceea ce privește brațul:

	Deloc	Foarte
1. este greu	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
2. este rigid	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
3. este umflat	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
4. forța este mai redusă	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
5. simt furnicături	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
6. simt durere	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
7. pielea este întinsă	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Probleme mentale

Din cauza problemelor de la braț:

	Deloc	Foarte
8. sunt tristă	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
9. sunt descurajată	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
10. am o oarecare lipsă de încredere în mine	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
11. sunt stresată	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Activități casnice

Cât de bine puteți să :

	Foarte bine	Deloc	Nu este cazul
12. faceți curățenie	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
13. faceți mâncare	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
14. călcați haine	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
15. grădinăriți	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>

Abilitatea fizică

Cât de bine puteți să:

	Foarte bine	Deloc	Nu este cazul
16. lucrați cu brațele ridicate	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
17. ridicați lucruri grele	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
18. dormiți pe partea operată	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
19. lucrați la calculator	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
20. stați la soare	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
21. conduceți o mașină	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
22. mergeți pe jos mai mult de 2 km	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
23. mergeți pe bicicletă	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>

Activități sociale

Cât de bine puteți să:

	Foarte bine	Deloc	Nu este cazul
24. mergeți în vacanță	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
25. practicați activități de agrement	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
26. faceți sport	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
27. purtați orice fel de îmbrăcăminte	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
28. desfășurați activități profesionale	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
29. vă întâlniți cu alte persoane	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>

Vă mulțumim pentru participare!

Data: _____

Scala SOC-13

(Antonovsky, A. 1987)

Aveți aici o serie de întrebări referitoare la diferite aspecte din viața dumneavoastră. Fiecare întrebare are șapte variante de răspuns. Vă rugăm să marcați cifra care se potrivește cel mai bine cu răspunsul dumneavoastră (unde 1 și 7 reprezintă răspunsurile extreme).

Citiți cu atenție enunțul fiecărei întrebări și variantele de răspuns. Vă rugăm să răspundeți la fiecare întrebare marcând o singură cifră.

1. Ai sentimentul că chiar nu-ți pasă de lucrurile care se întâmplă în jurul tău?

1 2 3 4 5 6 7

foarte rar sau
niciodată

foarte des

2. Ți s-a întâmplat, în trecut, să fii surprins(ă) de comportamentul oamenilor pe care credeai că-i cunoști foarte bine?

1 2 3 4 5 6 7

nu mi s-a
întâmplat
niciodatămereu mi
se întâmplă

3. Ți s-a întâmplat ca oamenii pe care contai să te dezamăgească?

1 2 3 4 5 6 7

nu mi s-a
întâmplat
niciodatămereu mi
se întâmplă

4. Până acum viața ta a fost:

1 2 3 4 5 6 7

fără țeluri
clare sau
fără scopcu țeluri
clare sau cu
scop

5. Ai sentimentul că ești tratat(ă) incorect?

1	2	3	4	5	6	7
foarte des						foarte rar sau niciodată

6. Ai sentimentul că ești într-o situație nefamiliară și că nu știi ce să faci?

1	2	3	4	5	6	7
foarte des						foarte rar sau niciodată

7. Găsești că ceea ce faci în fiecare zi este:

1	2	3	4	5	6	7
o sursă profundă de plăcere și satisfacție						o sursă de durere și plictiseală

8. Ai idei și sentimente confuze?

1	2	3	4	5	6	7
foarte des						foarte rar sau niciodată

9. Ți se întâmplă să ai sentimente interioare pe care nu le-ai dori?

1	2	3	4	5	6	7
foarte des						foarte rar sau niciodată

10. Foarte mulți oameni – chiar și aceia cu un caracter puternic – se simt ratați, uneori, în anumite situații. Cât de des ți s-a întâmplat asta în trecut?

1	2	3	4	5	6	7
niciodată						foarte des

11. Când au avut loc anumite evenimente, ai constatat că:

1	2	3	4	5	6	7
ai supraestimat sau subestimat importanța lor						le-ai estimat corect ca importanță

12. Cât de des ai senzația că lucrurile pe care le faci zi de zi au o importanță scăzută?

1	2	3	4	5	6	7
foarte des						foarte rar sau niciodată

13. Cât de des ai sentimentul că nu poți ține lucrurile sub control?

1	2	3	4	5	6	7
foarte des						foarte rar sau niciodată

Mulțumim pentru colaborare!

Acest chestionar face referire la activitatea dumneavoastră fizică/exercițiile fizice și obiceiurile dumneavoastră cu privire la fumat

1. Având în vedere ultima lună, câte zile/săptămână ați efectuat cel puțin o activitate fizică (inclusiv mersul pe jos/plimbatul și mersul cu bicicleta) care a durat cel puțin 30 de minute?

- Nici una
- Mai puțin de 1 zi/săptămână
- 1 zi/săptămână
- 2 zile/săptămână
- 3 zile/săptămână
- 4 zile/săptămână
- 5 zile/săptămână
- 6 zile/săptămână
- 7 zile/săptămână

2. Cum s-a modificat activitatea dumneavoastră fizică după diagnosticarea cancerului de sân?

- A crescut
- A scăzut
- Nu s-a modificat

3. Fumați?

- Da
- Nu, nu am fumat niciodată
- Nu, dar sunt fostă fumătoare

Vă mulțumim pentru participare!